

## Autoreferat

1. Imię i Nazwisko: **Magdalena Florek-Łuszczki**

2. Posiadane dyplomy, stopnie naukowe/ artystyczne – z podaniem nazwy, miejsca i roku ich uzyskania oraz tytułu rozprawy doktorskiej.

**Magister socjologii**, Uniwersytet Marii Curie-Skłodowskiej w Lublinie, 1996 r.

**Doktor n. hum. w zakresie socjologii**, Uniwersytet Marii Curie-Skłodowskiej w Lublinie, 2003 r. Tytuł pracy: *Socjomedyczne następstwa wypadków (na podstawie badań pacjentów pogotowia ratunkowego w województwie lubelskim)*.

3. Informacje o dotychczasowym zatrudnieniu w jednostkach naukowych

### **Wyższa Szkoła Przedsiębiorczości i Administracji, Lublin**

– adiunkt w Katedrze Socjologii, Wydział Nauk Społecznych i Humanistycznych (od 2007 r. i nadal)

– wykładowca (od 1999 r. do 2005 r.)

### **Instytut Medycyny Wsi, Lublin**

– adiunkt w Zakładzie Zdrowia Publicznego/Centrum Zdrowia Publicznego i Promocji Zdrowia (od 2003 r. i nadal)

– pracownik inżynieryjno-techniczny w Zakładzie Ergonomii i Zakładzie Zdrowia Publicznego (od 1997 r. do 2002 r.)

### **Uniwersytet Marii Curie Skłodowskiej, Lublin**

– adiunkt w Zakładzie Socjologii Ogólnej, Wydział Filozofii i Socjologii (od 2004 r. do 2007 r.)

4. Wskazanie osiągnięcia\* wynikającego z art. 16 ust. 2 ustawy z dnia 14 marca 2003 r. o stopniach naukowych i tytule naukowym oraz o stopniach i tytule w zakresie sztuki (Dz. U. nr 65, poz. 595 ze zm.):

a) tytuł osiągnięcia naukowego/artystycznego: **Higienizacja polskiej wsi jako ruch socjomedyczny (monografia autorska), ISBN 978-83-942990-0-2**

b) (autor/autorzy, tytuł/tytuły publikacji, rok wydania, nazwa wydawnictwa, recenzenci wydawniczy): **Magdalena Florek-Łuszczki, Higienizacja polskiej wsi jako ruch socjomedyczny, 2015, Recenzent wydawniczy – Prof. dr hab. n. med. Jerzy Zagórski**

c) omówienie celu naukowego/artystycznego ww. pracy/prac i osiągniętych wyników wraz z omówieniem ich ewentualnego wykorzystania.

### **Wprowadzenie**

Sytuacja zdrowotna mieszkańców wsi była i jest nadal gorsza niż mieszkańców miast. Wynika to z wieloczynnikowych uwarunkowań ich życia i pracy, w tym zwłaszcza kulturowych i ekonomicznych. Mieszkańców tych cechuje niższy poziom wykształcenia i warunków socjalno-bytowych niż mieszkańców miast oraz niższy poziom kultury zdrowotnej. Dodatkowo specyfika pracy w rolnictwie sprzyja występowaniu określonych typów schorzeń i chorób, co w połączeniu z nadal nienajlepszą jakością opieki medycznej w rejonach wiejskich determinuje stan zdrowia ich mieszkańców.

Ludność wiejska z XIX i początkowych lat XX wieku borykała się z wieloma chorobami, przede wszystkim zakaźnymi, będącymi następstwem dużych zaniedbań higienicznych, począwszy od braków w higienie osobistej, poprzez złe warunki sanitarno-higieniczne domostw i obejść, a na deficytach sanitarnych w skali makrospołecznej skończywszy. Problem ten dostrzegali głównie lekarze, a najbardziej aktywizowali się w tym zakresie lekarze-higieniści, będący inicjatorami i twórcami organizacji zrzeszających specjalistów z dziedziny higieny. Najwymowniejszym tego przejawem było Warszawskie Towarzystwo Higieniczne, skupiające nie tylko lekarzy-higienistów, ale też wielu różnych obserwatorów, w tym głównie badaczy i publicystów oraz liderów i zwykłych uczestników życia społecznego wsi, a wśród nich pisarzy, księży, nauczycieli, urzędników, decydentów, czyli ludzi lokalnych władz.

Okres międzywojenny i powojenny, w tym zwłaszcza jego lata sześćdziesiąte i siedemdziesiąte, to czas intensywnej modernizacji i radykalnej poprawy sytuacji higieniczno-zdrowotnej wsi. Podejmowane wcześniej działania, noszące znamiona jej higienizacji, niejednokrotnie mające charakter jednostkowy i żywiołowy, z czasem stawały się udziałem wielu zbiorowych podmiotów, które przybrały formę ustrukturalizowaną oraz w pewien sposób spetryfikowaną.

Działania zbiorowe w tym zakresie, uwieńczono określonymi zmianami, stanowiącymi fundament szeroko pojętego ruchu społecznego o wyraźnie prozdrowotnym charakterze. W pracy przyjęto, że higienizację wsi należy traktować bardziej jako quasi ruch społeczny aniżeli ruch społeczny w ujęciu klasycznym. Na korzyść takiej tezy i metodologicznego podejścia przemawiają liczne przykłady indywidualnych inicjatyw oraz instytucjonalnych i zbiorowych efektów higienizacyjnych w rejonach wiejskich.

### **Cel pracy**

Celem pracy jest wyodrębnienie podmiotów indywidualnych (osobowych) i zbiorowych oraz analiza ich działań jako ważnych ogniw ruchu higienizacji wsi. Przyjęto, że podmiotami współtworzącymi ów ruch i stanowiącymi jego immanentne elementy, były jednostki, organizacje i instytucje, które inicjowały działania higienizacyjne, nadawały im odpowiedni kierunek oraz były ich realizatorami. Przebieg ruchu higienizacji wsi zawarto w czterech epokach historycznych: przełom XIX i XX wieku oraz okresy międzywojenny i powojenny, a także, co jest oczywiste, współczesność. W tych kolejnych etapach dziejowych mimo ich odmienności ustrojowych, w tym politycznych i gospodarczych, postępowała kontynuacja wielu działań i projektów, głównie o charakterze modernizacyjnym w różnych dziedzinach życia rodziny chłopskiej, jej bytu, prowadzenia gospodarstwa rolnego i jego wyposażenia oraz zmian mentalnych mieszkańców wsi, zwłaszcza dominującej na niej ludności rolniczej.

### **Wyniki**

Trudno jednoznacznie określić kiedy rozpoczął się proces higienizacji wsi. Najczęściej jego pierwsze przejawy kojarzone są z uwłaszczeniem chłopów, przypadającym na drugą połowę XIX wieku. Wówczas to zaczęła spoczywać na nich bezpośrednia odpowiedzialność za warunki bytowe, w tym i mieszkaniowe ich rodzin.

Analiza warunków higieniczno-zdrowotnych na wsi powłaszczeniowej wykazała, że były one nieporównywalnie gorsze niż w mieście. Głównych przyczyn tej dysproporcji dopatrywano się w złej sytuacji ekonomicznej mieszkańców wsi, ale także w istotnych różnicach kulturowych. Liczne opracowania naukowe i publicystyczne wskazywały na ich niską świadomość zdrowotną, brak znajomości związku przyczynowo-skutkowego pomiędzy poziomem higieny osobistej i środowiska bytowania a występowaniem określonych chorób oraz brak poczucia konieczności, czy też potrzeby dbałości o higienę i czystość własnego ciała.

Na polskiej wsi przełomu XIX i XX wieku dominowało leczenie niemedyczne, a nawet przeżywało swe apogeum (Lesińska-Sawicka, Waśkow 2012, s. 10). W zaniedbaniach profilaktycznych i terapeutycznych oraz gusłach światli lekarze upatrywali wiodących przyczyn zachorowalności i śmiertelności wśród najniższych warstw społeczeństwa (Maciesza, 1903, s. 613)

W grupie przyczyn dużej zachorowalności na choroby zakaźne ludności wiejskiej znajdowały się również złe warunki mieszkaniowe. Zbyt mało izb i zbyt małej wielkości zmuszało mieszkańców chat wiejskich do wspólnego spania kilku osób na jednym łóżku, często chorych ze zdrowymi.

Kolejnym czynnikiem, sprzyjającym chorobie był brud i niechlujstwo, wynikające z ciasnoty mieszkania, a jeszcze bardziej będące skutkiem braku nawyku dbałości o czystość ciała i pomieszczeń mieszkalnych, przechodzącym z pokolenia na pokolenie (Puławski W. 1910a, s. 745; Rakowiecki 1900a, s. 195). Inne często opisywane przyczyny zachorowań na choroby zakaźne to brak wentylacji w mieszkaniach i będąca jego konsekwencją wilgoć, a także liczne odwiedziny chorych i kult umarłych – odwiedziny domów osób zmarłych. Rozwojowi chorób zakaźnych sprzyjały również bliskie i częste kontakty ze zwierzętami, nierazko chorymi na nosaciznę, wściekliznę, promienicę, gruźlicę, itd. (Puławski W. 1910b, s. 818-820; Rakowiecki 1900b, s. 257-258; Pettenkofer 1900, s. 68-70). Poważny problem stanowiły niezabezpieczone, pozbawione pokrywy studnie, co prowadziło do znacznego zanieczyszczenia wody pitnej (Limanowski 1914, s. 440). Szybka interwencja potrzebna była także odnośnie braku ustępów (Dobrzycki 1903, s. 557-560).

Warunki higieniczne na wsi polskiej przełomu XIX i XX wieku najbardziej niepokoiły i skłaniały do działań edukacyjnych nauczycieli, lekarzy, działaczy oświatowych i niektórych pisarzy, a także księży. Ich indywidualne wysiłki wpisywały się w pozytywistyczny nurt działań ukierunkowanych na przeobrażenia społeczno-kulturowe, między innymi poprzez upowszechnianie kultury zdrowotnej i inicjowanie ruchu higienizacyjnego wsi (Kosiński 1983, s.49).

Niezwykle istotną determinantą tego wyłaniającego się ruchu społecznego, z czasem zwanego higienizacją, stał się miesięcznik „Zdrowie”, będący organem powstałego już w okresie rozbiorów stowarzyszenia lekarzy i przyrodników, zwanego Polskim Towarzystwem Higienicznym, pierwotnie nazwanego Warszawskim Towarzystwem Higienicznym. W działania na rzecz poprawy warunków higieniczno-zdrowotnych mieszkańców wsi omawianego okresu aktywnie włączali się twórcy i członkowie także innych instytucji, w tym m.in. Kropli Mleka i Ogrodów Zabaw Dziecięcych oraz inicjatorzy i członkowie Towarzystwa Higieny Praktycznej.

Sytuacja higieniczna wsi okresu międzywojennego, pomimo podjętych działań o charakterze naprawczym, była nadal bardzo zła. Wyraźnie zarysowywały się różnice społeczne, gospodarcze i kulturowe pomiędzy poszczególnymi regionami kraju. Począwszy od wsi wielkopolskiej, pozbawionej analfabetyzmu, zamożnej, coraz częściej murowanej, poprzez przeludnioną, ubogą, skonfliktowaną wewnątrz, ale na ogół rozbudzoną społecznie wieś małopolską, po żyjącą w dość hermetycznej strukturze, dosyć ubogą, krytą strzechą i posługującą się drewnianymi narzędziami wieś wschodniej części naszego kraju (Ihnatowicz, Mączak i in. 1988, s. 605-607).

Najgorsza sytuacja higieniczna zauważalna była w środowisku ubogich chłopów i robotników rolnych. W tradycyjnych chatach wiejskich, panowały wręcz tragiczne warunki, czego wyrazem była bardzo niska temperatura pomieszczeń, gliniane podłogi w formie klepiska, ciasne, pozbawione wentylacji, przeludnione izby, uniemożliwiające samodzielne spanie poszczególnych członków rodziny. W konsekwencji prowadziło to do niestosowania przez ich mieszkańców chociażby podstawowych zasad higieny osobistej, tj. mycia się (ze względu na zimno panujące w izbach) czy rozbierania się z ubrań noszonych w ciągu dnia

przed położeniem się spać do łóżka (Tokarski 1992, s. 48). Powszechnym był brak miejsc ustępowych, brak ogólnodostępnych kąpielisk i łaźni publicznych.

Zła sytuacja higieniczna-zdrowotna dodatkowo warunkowana była dwoma czynnikami, tj. nędzą mieszkańców wsi oraz brakiem opieki lekarskiej (Kaszubski 1937, s. 112)

Troska o poprawę sytuacji higienicznej polskiej wsi międzywojennej stała się ważnym elementem aktywności działaczy społecznych, ale także władz administracyjnych, zwłaszcza w drugiej połowie lat dwudziestych i w latach trzydziestych, kiedy wprowadzono wiele przepisów sanitarnych i restrykcyjnie podchodzono do ich realizacji (Łopatto, Łazorowicz i in. 1929, s. 5-8). Ważnym wydarzeniem na szczeblu centralnym dla wypracowania kierunków działań na rzecz poprawy sytuacji higienicznej i zdrowotnej miast i wsi miało powołane dnia 4 czerwca 1918 r. pierwsze Ministerstwo Zdrowia Publicznego. Wśród wielu działań przezeń podejmowanych znalazły się te z zakresu higieny, m.in.: higiena publiczna, walka z chorobami zakaźnymi, higiena i inspekcja mieszkań, higiena rzemiosł (Górny 1976, s. 486).

W ruch higienizacyjny omawianego okresu, powiązany z działalnością oświatową, żywo zaangażowała się również młodzież. W znacznej mierze wynikało to z sytuacji wsi, która pozbawiona była dostatecznej liczby szkół podstawowych, jak również ośrodków zajmujących się doksztalcaniem osób dorosłych. Celem takich inicjatyw było wydzwignięcie wsi z ciemnoty i zacofania.

Okres powojenny charakteryzował się bardzo złą sytuacją higieniczno-sanitarną wsi, spowodowaną w znacznej mierze zniszczeniami wojennymi. Nader dotkliwe były rozprzestrzeniające się choroby zakaźne oraz brak ogólnodostępnej opieki lekarskiej.

Szczególne deficyty zauważalne były m. in. w sferze higieny osobistej (brak łaźni), braku dostępu do wody dobrej jakości, katastrofalnym stanie asenizacji osiedli wiejskich, braku ustępów lub ich bardzo złym stanie (Danielski 1958a, s. 308-309; Wawrzyszuk 1964, s. 210). Zarysowały się wyraźne dysproporcje pomiędzy stanem sanitarno-higienicznym poszczególnych regionów Polski. W najgorszej sytuacji znajdowały się osiedla wiejskie położone na terenach wschodnich i południowo-wschodnich, a także częściowo terenach centralnych Polski (Danielski 1959, s. 208).

W działalność immanentnie związaną z ruchem higienizacji polskiej wsi omawianego okresu włączały się liczne instytucje i organizacje, w większości o zasięgu krajowym, w tym m.in. ośrodki i spółdzielnie zdrowia, apteki, Stacje Sanitarno-Epidemiologiczne, Państwowa Inspekcja Sanitarna, Instytut Medycyny Pracy i Higieny Wsi, organizacje kobiece i młodzieżowe.

Higienizację wsi współczesnej należy identyfikować z rozwojem infrastruktury sanitarnej na wsi oraz bezpieczeństwem i higieną pracy w rolnictwie. W porównaniu z okresem powojennym w rejonach wiejskich nastąpiła zdecydowana poprawa warunków mieszkaniowych, powszechnym stało się wyposażenie domów w łazienki, wodę bieżącą i ustępy.

Przemiany ustrojowe z lat dziewięćdziesiątych ubiegłego stulecia oraz idące w ślad za nimi zmiany gospodarcze i kulturowe spowodowały, że odpowiedzialnością za stan sanitarny wsi zostały obarczone przede wszystkim samorządy lokalne. Dbalność o odpowiedni stan sanitarny reguluje *Ustawa o utrzymaniu czystości i porządku w gminach* z dnia 13 września 1996 r. z późn.zm. Ustawa ta wdraża adekwatne do jej treści dyrektyw UE.

Z higienizacją wsi współczesnej związane są przedsięwzięcia, których celem jest ochrona środowiska naturalnego, m.in. poprzez utrzymanie jego czystości i przeciwdziałanie degradacji. W ostatniej dekadzie szczególnym nadzorem objęto demontaż pokryć dachowych zawierających azbest i jego utylizację.

Ważną dziedziną działalności związanej z ruchem higienizacji wsi jest dbalność o bezpieczeństwo i higienę pracy osób zatrudnionych w rolnictwie. Wynika to z zagrożeń,

jakie wiążą się z pracą w tym sektorze. Decydujący i zasadniczy wpływ na poprawę sytuacji mają tu działania instytucjonalne, głównie Kasy Rolniczego Ubezpieczenia Społecznego i Instytutu Medycyny Wsi w Lublinie.

Zgodnie z przyjętym celem pracy wyodrębniono podmioty tworzące ruch socjomedyczny, zwany higienizacją wsi oraz jego strukturę. Wśród nich wyróżniono: Polski Czerwony Krzyż, ośrodki zdrowia, przodowników zdrowia, Straż Pożarną, organizacje młodzieżowe, organizacje kobiece, w tym: Koła Gospodyń Wiejskich, instruktorki do spraw gospodarstwa domowego wchodzące w skład gminnej służby rolnej, Ligę Kobiet, Stacje Sanitarno-Epidemiologiczne i Państwową Inspekcję Sanitarną, Instytut Medycyny Pracy i Higieny Wsi w Lublinie oraz dawne komitety higienizacyjne.

Udział Polskiego Czerwonego Krzyża w ruchu higienizacji wsi bardzo wyraźnie zaznaczył się w okresie przedwojennym, jak i powojennym. W pierwszej połowie lat trzydziestych XX wieku szczególnie ważną rolę w propagowaniu wiedzy z zakresu higieny odegrały Koła Młodzieży PCK, a miejscem oddziaływania były przede wszystkim szkoły oraz inne placówki oświatowe i opiekuńczo-wychowawcze. Tuż po II wojnie światowej PCK pełnił przewodnią rolę w kultywowaniu tradycji wychowania higienicznego. Realizacja działań wpisujących się w ruch higienizacyjny prowadzona była przez tę organizację indywidualnie, jak też w powiązaniu z innymi podmiotami.

Partycypacja PCK w higienizacji wsi znajdowała się również wśród głównych wytycznych pracy służby zdrowia w 1950 r. Zgodnie z nimi organizacja ta miała pełnić funkcję komplementarną w stosunku do instytucji opieki zdrowotnej w uświadamianiu sanitarnym ludności (Sztachelski 1950, s. 20).

Ośrodki zdrowia, zwłaszcza w okresie międzywojennym i tuż powojennym, dzięki zaangażowaniu lekarzy i pielęgniarek stanowiły fundament ruchu higienizacji polskiej wsi. Wśród podstawowych zadań ośrodków zdrowia okresu międzywojennego znajdowało się: prowadzenie elementarnej działalności profilaktycznej (szczepienia, oświata zdrowotna, higieniczna), poradnictwo w zakresie chorób zakaźnych i społecznych, instruktaż odnoszący się do opieki nad matką i dzieckiem, a także sprawowanie kontroli sanitarno-higienicznej w terenie (Dwadzieścia lat Publicznej Służby Zdrowia...1939, s. 23). Po II wojnie światowej do zadań ośrodków zdrowia, związanych z ruchem higienizacyjnym wsi, należało m.in. szerzenie znajomości zasad higieny wśród ludności wiejskiej i czuwanie nad przestrzeganiem przepisów sanitarnych. Szczególne miejsce miało zajmować udzielanie porad i nadzorowanie budowy mieszkań, tak by spełniały one podstawowe wymogi higieniczne, m.in. pod względem kubatury, rozplanowania oświetlenia, wentylacji, a także budowy i utrzymywania w należytym stanie urządzeń sanitarnych, głównie kąpielisk, studni, ustępów, gnojowisk itp. (Rawski 1946, s. 119, 131).

Realizacja zadań przypisanych tym instytucjom ochrony zdrowia rejonów wiejskich była możliwa dzięki wiodącej roli i zaangażowaniu zatrudnionych w nich lekarzy i pielęgniarek. Jednakże w związku z deficytem kadr medycznych (zbyt małą liczbą lekarzy i pielęgniarek) wykonywanie czynności pozamedycznych, w tym edukacyjnych, było niejednokrotnie zaniechane lub całkiem zaniechane. Stało się to głównym bodźcem do utworzenia stanowiska przodownika zdrowia. Choć nie był on etatowym pracownikiem ośrodka zdrowia, to jego rolą było propagowanie oświaty zdrowotno-higienicznej i udzielanie pierwszej pomocy, troska o rozwój opieki nad matką i dzieckiem oraz staranie się o zapewnienie opieki medycznej dla sezonowych dziecińców wiejskich w okresie żniw i wykopków (Kanabus 1948, s. 105-106).

Ważne miejsce w ruchu higienizacji wsi zajmowała Straż Pożarna. Działalność oświatowa prowadzona przez Ochotniczą Straż Pożarną w znacznej mierze realizowana była w formie kursów. W trakcie ich trwania uwzględniano głównie problematykę z zakresu ochrony przeciwpożarowej, ale także szkolono jak prowadzić dom i gospodarstwo według zasad

higieny i zdrowotności, jak udzielać pomocy samarytańsko-sanitarnej w przypadku zdarzeń losowych itp. (Walczak 2002, s. 241-242).

W działalność higienizacyjną wsi już od okresu międzywojennego angażowały się organizacje młodzieżowe. Największy dorobek w szerzeniu oświaty zdrowotnej odnotował Związek Młodzieży Wiejskiej. Od 1962 r. przy wszystkich instancjach Związku działały rady zdrowia jako organ społeczno-doradczy, zrzeszające młodych pracowników służby zdrowia, lekarzy, farmaceutów, stomatologów, pielęgniarki oraz działaczy społecznych Związku, działających w lecznictwie lub z nim współpracujących. Od początku 1975 r. rady zdrowia powoływane były stopniowo w każdej gminie. Powstawanie rad zdrowia było ważnym czynnikiem sprawczym wzrostu inicjatyw oświatowo-zdrowotnych na terenie wsi, w tym m.in. z zakresu higieny oraz sprzyjało intensywnemu rozwojowi szkół zdrowia, będących cyklem wykładów na temat higieny, zdrowia i świadomego macierzyństwa, realizowanym w okresie jesienno-zimowo-wiosennym (Wysocka 1965, s. 148).

Istotną rolę w realizacji działań związanych z ruchem higienizacji polskiej wsi odegrały organizacje kobiece. Najprężniej działającymi były Koła Gospodyń Wiejskich. Wysiłki ich członkiń, mające na celu podniesienie poziomu higieny i estetyki wsi, należały do najbardziej dostrzegalnych prac tej organizacji. Za ich sprawą przeprowadzane były wśród ludności wiejskiej konkursy, a także szkolenia z zakresu higieny i zdrowia (Synak 1976, s. 104-141).

Obok członkiń Kół Gospodyń Wiejskich, swój udział w realizacji zadań immanentnie związanych z omawianym ruchem higieniczno-zdrowotnym, pełniły gminne instruktorki gospodarstwa domowego oraz członkinie Ligi Kobiet. Stanowisko gminnej instruktorki gospodarstwa domowego tworzono w ramach gminnej służby rolnej, a do głównych jej zadań należało m.in. unowocześnianie gospodarstw domowych na wsi, propagowanie właściwej organizacji pracy w domu i zagrodzie, dbałość o podnoszenie kwalifikacji rolniczych i gospodarczych kobiet i dziewcząt wiejskich, doradztwo z zakresu racjonalnego żywienia rodzin wiejskich, organizowanie różnych prelekcji i kursów, a także upowszechnianie higieny na wsi (Nowak, Ziajka 1977, s. 84-85; Wawrzyniak 1977, s. 138-139). Z kolei rola członkiń Ligi Kobiet polegała na propagowaniu wśród mieszkank wsi nowych tendencji zdrowotnych, sanitarnych i modernizujących życie codzienne. Szczególne miejsce w działalności higienizacyjnej Ligi zajmowała realizacja inicjatywy rozwoju wiejskiego pralnictwa (Jartych 1962, s. 2-3).

Bezpośrednio po wojnie, główne przedsięwzięcia o charakterze higienizacyjnym spoczywały na barkach powstałego w 1945 r. Ministerstwa Zdrowia, a na początku lat pięćdziesiątych XX wieku, troska o stan sanitarno-higieniczny stała się udziałem powołanych w tym celu instytucji. W pierwszej kolejności były to powstałe: w 1952 r. stacje sanitarno-epidemiologiczne oraz w 1954 r. Państwowa Inspekcja Sanitarna. Praca służb sanitarno-epidemiologicznych na rzecz ruchu higienizacji wsi polegała przede wszystkim na nadzorze sanitarnym bieżącym i zapobiegawczym (wraz z niejednokrotnie stosowanymi środkami przymusu w stosunku do opornych), pomocy w organizowaniu i działalności spółek wodnych, zajmujących się budową wodociągów wiejskich, a także inicjowaniu przeprowadzania konkursów czystości i estetyki, jak też rozprowadzaniu wśród ludności wiejskiej materiałów edukacyjnych, prowadzeniu szczepień ochronnych i rejestracji chorób zakaźnych (Horoch 1961, s. 449-453).

Od połowy lat pięćdziesiątych minionego stulecia, przewodnią rolę w procesie higienizacji wsi, pełnił Instytut Medycyny Pracy i Higieny Wsi w Lublinie (obecna nazwa - Instytut Medycyny Wsi im. Witolda Chodźki), co wynikało z idei jej utworzenia i przypisanej misji jako instytucji naukowo-badawczej. Zgodnie z ówczesnym statutem Instytutu, został on zobligowany do planowania, organizowania i realizowania badań naukowych w zakresie higieny pracy, profilaktyki i lecznictwa chorób zawodowych, występujących w związku

z pracą na wsi oraz z zakresu jej higieny (Statut Instytutu Medycyny Pracy i Higieny Wsi 1955, s. 1-5).

Doniosłą rolę w działalności ruchu higienizacji wsi odegrały komitety higienizacyjne. Ich powołanie do życia wynikało z niewystarczającej efektywności dotychczasowych form organizacyjnych działających w obrębie wspomnianego ruchu. Decydujący udział w ich tworzeniu miało Ministerstwo Zdrowia i Opieki Społecznej. Z kolei lekarze pracujący na wsi i służba sanitarno-epidemiologiczna rozpoczęli działalność w terenie, inicjując tworzenie społecznych komitetów higienizacji wsi. W efekcie powstały komitety wojewódzkie, powiatowe, gromadzkie oraz wiejskie.

Poza szeroko zakrojoną oświatą sanitarną i edukacją jako immanentnymi czynnikami ruchu higienizacyjnego wsi, ważną rolę spełniały wystawy i konkursy. Miały one charakter popularyzatorski. Za ich pośrednictwem przekazywano wiedzę oscylującą wokół problematyki higieniczno-sanitarnej w sposób przystępny i bezpośredni. Na wystawach zwiedzający mogli skonfrontować teorię z praktyką, oglądając wzorcowe obiekty, makiety, urządzenia sanitarne.

Istotną funkcję w ruchu higienizacyjnym pełniły rozmaite publikacje, w tym zarówno książki i czasopisma naukowe, jak też publicystyka dostępna szerokiemu gronu odbiorców. Masowo stosowaną formą upowszechniania kultury zdrowotnej były broszury i ulotki propagujące odpowiednie wzory zachowań higienicznych.

Ważne miejsce w ruchu higienizacyjnym wsi zajmowały inicjatywy mające na celu podniesienie poziomu higieny osobistej mieszkańców wsi. Istotnym osiągnięciem tego ruchu były powstałe łaźnie ludowe, łaźnie publiczne i kąpieliska. W ich tworzenie od samego początku zaangażowali się działacze społeczni, lekarze, księża, pisarze.

Wszelkie inicjatywy tworzące ów ruch socjomedyczny skutkowały określonymi efektami i osiągnięciami. W pracy podzielono je na jakościowe i ilościowe.

Przyjęto, że do kwalifikatywnych osiągnięć omawianego ruchu należą pozytywne zmiany w postawach mieszkańców wsi wobec własnego zdrowia w kontekście zmiany ich nawyków higienicznych, nowe sposoby starań i zabiegów o poprawę stanu sanitarnego mieszkań i obejść gospodarskich oraz związane z nimi uregulowania prawne, nowo powołane instytucje, których naczelną misją była poprawa warunków higieniczno-sanitarnych.

Z kolei kwalifikatywne efekty ruchu higienizacji wsi znalazły swój wyraz m.in. w liczbie zbudowanych łaźni i kąpielisk, wyposażeniu mieszkań w urządzenia sanitarne, budowie sieci wodociągowych i kanalizacyjnych oraz poprawie warunków mieszkaniowych. Niełatwe jest wprawdzie ustalenie bezpośredniego wpływu działań higienizacyjnych na wzrost ich liczby, to należy przyjąć, że taka pozytywna zależność istniała.

Ruch higienizacji wsi nie mógłby istnieć bez osób, które stanowiły trzon naukowy i praktyczny w dziedzinie higieny. Nie sposób jest wymienić z imienia i nazwiska wszystkich zasłużonych dla ruchu higienizacji wsi, dlatego w rozprawie przedstawiono biogramy wybranych higienistów, których wiedza, charyzma i determinacja stanowiły siłę sprawczą tego ruchu na skalę ogólnopolską. Wśród nich znaleźli się: Józef Polak, Witold Chodźko, Marcin Kacprzak i Jan Danielski

### **Podsumowanie**

Zdrowie mieszkańców wsi było i jest obiektem zainteresowania badaczy rekrutujących się głównie ze świata lekarskiego, reprezentujących różne specjalizacje, ale przeważnie medycynę ogólną i rodzinną oraz modne dziś zdrowie publiczne. W przeszłości szczególną rolę w analizie i diagnozie zdrowotnych warunków życia mieszkańców wsi pełnili higieniści, a higiena od połowy XIX wieku stawała się istotną dziedziną medycyny. Jej wymiar praktyczny służył usuwaniu czynników zagrażających zdrowiu człowieka, a jednocześnie

pozwalał na wprowadzanie pozytywnych zmian w nawykach higienicznych i zachowaniach prozdrowotnych.

Popularna w końcu XIX i pierwszej połowie XX wieku specjalizacja lekarza-higienisty była szczególnie pożądana w środowisku wiejskim, zaniedbanym pod względem higieniczno-sanitarnym. To specjaliści tej dziedziny medycyny najczęściej zostawali inicjatorami i liderami działań higienizacyjnych, początkowo nieuporządkowanych, żywiołowych i lokalnych. Inspirowane ich poczynaniami zawodowymi i społecznymi szersze grono działaczy społecznych, stanowiło ważny trzon rodzącego się ruchu socjomedycznego o zasięgu ogólnokrajowym. Chociaż wielokrotnie w pracy podkreślano, że był to bardziej quasi ruch, aniżeli ruch odpowiadający wymogom klasycznych założeń teoretyczno-metodologicznych, to nie zmienia to faktu, że jego przewodni cel i realizowane zadania miały doniosłe, a nawet przełomowe znaczenie dla poprawy stanu higieniczno-sanitarnego wsi.

Ruch ten w poszczególnych okresach historycznych charakteryzował się różną dynamiką i intensywnością działań. W pierwszej fazie, spektrum jego oddziaływań było niewielkie, zróżnicowane i raczej regionalne. Większe efekty osiągnęto w bardziej rozwiniętej pod względem kulturowo-ekonomicznym Wielkopolsce aniżeli zaniedbanej Małopolsce czy Lubelszczyźnie. Wraz z postępującą coraz bardziej intensywną instytucjonalizacją działań skupionych wokół przewodniej idei higienizacji wsi, a przez to pojawieniem się uregulowań prawnych nadających uprawnienia oraz obowiązki instytucjom i organizacjom stanowiącym ważne ogniwa opisywanego ruchu prozdrowotnego, następowała jego intensyfikacja. Miało to miejsce głównie od połowy lat pięćdziesiątych do końca lat siedemdziesiątych minionego stulecia.

Funkcjonowanie ruchu było możliwe dzięki zaangażowaniu przedstawicieli władz państwowych, różnych decydentów oraz lokalnych urzędników i działaczy społecznych. Niejednokrotnie od ich decyzji i osobistych wysiłków organizatorskich zależało czy i jak realizowane były przedsięwzięcia modernizacyjne ukierunkowane na radykalną poprawę sytuacji higienicznej i sanitarnej, a de facto zdrowotnej, obszarów wiejskich.

Realizowane przez wiele lat działania, immanentnie współtworzące ruch higienizacji polskiej wsi, przyniosły pozytywne, kwantytatywne i kwalifikatywne efekty, co starałam się zaprezentować w pracy, mam jednak świadomość, że ze względu na ich różnorodność i mnogość nie ukazałam wszystkich, a jedynie te istotniejsze i ważniejsze.

W niniejszej rozprawie, mającej charakter diagnostyczno-poznawczy, jak się wydaje, zrealizowałam przyjęty cel, polegający na wyodrębnieniu podmiotów i analizie ich działań, stanowiących ważne ogniwa ruchu higienizacji wsi, stanowiącego swoisty ruch socjomedyczny. Starałam się swą rozprawą wzbogacić dorobek badawczy socjologii medycyny i nauk o zdrowiu. Niniejsza praca stanowi pewnego rodzaju syntezę działań rozmaitych osób, instytucji i organizacji, zajmujących się problematyką poprawy stanu higieniczno-sanitarnego, a przez to i zdrowotnego, polskiej wsi. Wspólne przedsięwzięcia tych osób i instytucji w ponad stuletniej perspektywie czasowej, opisane w oparciu o różnorodne źródła naukowe i popularnonaukowe, kreują obraz wielowątkowej działalności higienizacyjnej w środowisku wiejskim w Polsce, poczynając od drugiej połowy XIX wieku do czasów nam współczesnych.

### **Piśmiennictwo**

1. Danielski J. (1958a): Stan sanitarny i zdrowotny wsi i drogi realizacji jego poprawy, Biuletyn Metodyczno-Organizacyjny, nr 7-8 b, MZ, IMPiHW, Lublin: 305-335.
2. Danielski J. (1959): Stan sanitarny i zdrowotny wsi, *Zdrowie Publiczne*, 3: 207-215.
3. Dobrzycki H. (1903): Projekt chaty zdrowotnej dla rodziny włościańskiej, *Zdrowie*, Rocznik XIX, t. III, Zeszyt 6: 554-567.



4. Dwadzieścia lat Publicznej Służby Zdrowia w Polsce Odrodzonej 1918-1938 (1939): Wyd. MOS, Warszawa.
5. Górny J. (1976): Pierwsze Ministerstwo Zdrowia Publicznego w Rzeczypospolitej Polskiej 1919-1923, *Zdrowie Publiczne*, 6: 485-494.
6. Horoch C. (1961): Działalność służby sanitarno-epidemiologicznej województwa lubelskiego, *Zdrowie Publiczne*, 6: 449-456.
7. Ihnatowicz I, Mączak A. i in. (1988): Społeczeństwo polskie od X do XX wieku, *Książka i Wiedza*, Warszawa.
8. Jartych R. (1962): Higienizacja wsi lubelskiej. Wiejskie Domy Higieny, Referat wygłoszony na posiedzeniu naukowym Instytutu Medycyny Pracy i Higieny Wsi dn. 1.X. 1962 r., *Archiwum Instytutu Medycyny Wsi*: 1-19.
9. Kanabus L. (1948): Zasady pielęgniarstwa w zakresie obowiązków wiejskich przodowników zdrowia, w: E. Pankiewicz (red.), *Poradnik dla przodowników zdrowia*, Centralna Księgarnia Rolnicza „Samopomoc Chłopska” Warszawa: 104-120.
10. Kaszubski T. (1937): O organizacji pomocy lekarskiej na wsi, *Nowiny Społeczno-Lekarskie*, *Rocznik XI*, Nr 8-9, 1937: 112-114.
11. Kosiński S. (1983): Społeczno-kulturowe i strukturalne przemiany warunków zdrowotnych polskiej wsi (1864-1980), UMCS, Lublin.
12. Lesińska-Sawicka M, Waśkow M. (2012): Medycyna ludowa, gusła i zabobony jako metody lecznicze praktykowane w XXI wieku, *Medycyna Rodzinna*, 1/2012: 10-14.
13. Limanowski K. (1914): Jak mieszka lud nasz?, *Zdrowie 1914*, *Rocznik XXX*, zeszyt 9: 432-440.
14. Łopatto S, Łazorowicz K. i in.(red.) (1929): Najważniejsze zagadnienia sanitarne dla wsi i miast, *Wydawnictwo Biblioteki Województwa Warszawskiego*, Warszawa.
15. Maciesza A. (1903): O szerzeniu zasad zdrowotności wśród szerszego ogółu, *Rocznik XIX*, *Seryi II-iej Tom III*, czerwiec, *Zeszyt 6*: 613-625.
16. Nowak H, Ziajka H. (1977): Rola gminnej instruktorki gospodarstwa domowego, *Wiś Współczesna*, *Rok XXI*, 11(246): 84-92.
17. Pettenkofer M. (1900): Powietrze i zdrowie. Wykłady popularne, (tłum. M. Stępowski), *Drukarnia A. T. Jezierskiego*, Warszawa.
18. Puławski W. (1910a): Chata wiejska, a choroby zakaźne, *Zdrowie*, *Rocznik XXVI*, *Zeszyt 10*, 1910: 743-453.
19. Puławski W. (1910b): Chata wiejska, a choroby zakaźne cz. II, *Zdrowie*, *Rocznik XXVI*, *Zeszyt 11*, 1910: 817-825.
20. Rakowiecki K. (1900a): Mieszkania ludności wiejskiej, *Zdrowie*, *Tom XVII zeszyt 176*: 186-196.
21. Rakowiecki K. (1900b): Mieszkania ludności wiejskiej, *Zdrowie*, *Tom XVIII zeszyt 177*: 256-263.
22. Rawski W. (1946): *Zdrowotność na wsi*, *Wydawnictwo „Ex Libris”*, Warszawa.
23. Statut Instytutu Medycyny Pracy i Higieny Wsi (1955): *Biuletyn Naukowy Metodyczno-Organizacyjny*, nr 2, *IMPiHW*, Lublin: 1-5.
24. Synak B. (1976): Udział Koła Gospodyń Wiejskich w Wielkim Klinczu w przeobrażaniach wsi, *Wiś Współczesna*, *Rok XX*, 4(230): 137-142.
25. Sztachelski J. (1950): *Wytyczne pracy służby zdrowia na rok 1950*, *PZWL*, Warszawa.
26. Walczak E. (2002): Działalność oświatowo-kulturalna Ochotniczych Straży Pożarnych w środowisku wiejskim II Rzeczypospolitej, w: A. Kołodziejczyk, W. Paruch (red.): *Dzieje i przyszłość polskiego ruchu ludowego T.1 Od zaborów do okupacji (1895-1945)*, *Ludowa Spółdzielnia Wydawnicza*, Warszawa: 239-253.
27. Wawrzyniak B. (1977): Praca instruktorek wiejskiego gospodarstwa domowego w warunkach podmiejskich, *Wiś Współczesna*, *Rok XXI*, 11(246): 136-139.

28. Wawrzyszuk B. (1964): Próba oceny sanitarno-higienicznego wsi polskiej w świetle 28 obozów letnich organizowanych przez Akademie Medyczne w latach 1953-1958 w: Grzycki, R. Tuskiewicz, W. Szewczykowski, B. Wawrzyszuk (red.): Stan zdrowotny i higiena wsi lubelskiej. Materiały z obozów naukowo-społecznych (1954-1960), Wydawnictwo Lubelskie, Lublin: 203-213.

5. Omówienie pozostałych osiągnięć naukowo-badawczych (artystycznych).

**a/Publikacje oprócz monografii autorskiej, będącej osiągnięciem naukowym, o którym mowa w art. 16 ustawy z dnia 14 marca 2003 r. o stopniach naukowych i tytule naukowym oraz o stopniach i tytule w zakresie sztuki.**

Oprócz monografii autorskiej, którą przedstawiłam jako osiągnięcie naukowe, o którym mowa w art. 16 ustawy z dnia 14 marca 2003 r. o stopniach naukowych i tytule naukowym oraz o stopniach i tytule w zakresie sztuki, w okresie po uzyskaniu stopnia doktora opublikowałam 51 artykułów i 8 rozdziałów w pracach zbiorowych (załącznik 4, część II A, II D).

Łączna punktacja publikacji po uzyskaniu stopnia doktora: IF = 42,975, punkty KBN/MNiSW = 612, liczba cytowań według bazy Web of Science Core Collection = 56, h-index = 5.

Ponadto, jestem redaktorem 1 monografii wieloautorskiej oraz współredaktorem 1 monografii wieloautorskiej.

Zdecydowana większość moich prac to prace oryginalne, przygotowane na podstawie badań własnych lub badań wykonanych we współpracy z pracownikami naukowymi zatrudnionymi w jednostkach naukowych krajowych i zagranicznych.

Tematyka opublikowanych prac koncentruje się głównie wokół problematyki mieszczącej się w dziedzinie zdrowia publicznego, tj.: wiedzy o zdrowiu i zachowań zdrowotnych mieszkańców wsi oraz działań na rzecz poprawy ich sytuacji zdrowotnej; wypadków i ich następstw zdrowotnych oraz społecznych, sytuacji osób niepełnosprawnych na wsi, w tym zwłaszcza w zakresie potrzeb zdrowotnych i socjalnych, a także wsparcia instytucjonalnego; wpływu kannabinoidów, zaliczanych do substancji stosowanych również w medycynie ludowej, na ochronne działanie leków przeciwpadaczkowych

Ocena stanu wiedzy o zdrowiu i analiza wybranych zachowań zdrowotnych mieszkańców wsi została zawarta w publikacjach, napisanych w oparciu o wyniki badań empirycznych przeprowadzonych w latach 2004-2005 na próbie ogólnopolskiej mieszkańców wsi oraz wśród personelu lekarskiego i pielęgniarskiego POZ w ramach grantu pt. „Priorytety polityki zdrowotnej unii europejskiej a świadomość zdrowotna mieszkańców wsi polskiej. Wskazania dla promocji zdrowia”, którego byłam jednym z wykonawców, a także w oparciu o wyniki badań ankietowych i radiologicznych, uzyskanych w trakcie realizowanego pod moim kierownictwem projektu, w ramach działalności statutowej Instytutu Medycyny Wsi, pt. „Ocena występowania zmian patologicznych piersi i czynników zwiększających ryzyko zachorowania na nowotwór piersi wśród kobiet zamieszkujących tereny wiejskie” na próbie mieszkańek woj. lubelskiego. Zebrane wyniki badań pozwoliły zarówno na ocenę stanu wiedzy o zdrowiu, dostępności do poradnictwa lekarskiego, badań profilaktycznych, jak też na oszacowanie potrzeb w zakresie edukacji zdrowotnej.

Zainteresowanie badawcze problematyką wypadkowości odnosi się do kwestii następstw zdrowotnych, ekonomicznych i społecznych wypadków, których doświadczyły osoby dorosłe zamieszkujące woj. lubelskie, będące pacjentami pogotowia ratunkowego - co było przedmiotem analizy naukowej w mojej rozprawie doktorskiej. Publikacje zostały napisane w oparciu o dane pochodzące z dokumentacji medycznej poszkodowanych

w wypadkach, gromadzonej przez stacje pogotowia ratunkowego w woj. lubelskim oraz skorelowane z nimi wyniki badań ankietowych. Badania pozwoliły na ustalenie ich uszczerbku na zdrowiu, będącego następstwem wypadku, ewentualnego stopnia niepełnosprawności, potrzeb w zakresie opieki medycznej, a także na określenie zaburzeń w realizacji przedwypadkowych ról społecznych.

Kolejny obszar moich zainteresowań badawczych dotyczy sytuacji osób niepełnosprawnych na wsi. Oryginalne prace odnoszące się do tej kwestii powstały w oparciu o wyniki badań ankietowych uzyskanych w trakcie realizacji projektu pt. „Ocena potrzeb zdrowotnych i socjalnych niepełnosprawnych mieszkańców wsi”, którego byłam kierownikiem. Przedstawione w nich wyniki odnoszą się do samooceny sytuacji zdrowotnej oraz społeczno-bytowej osób z dysfunkcją narządu ruchu, oceny stopnia ich samorealizacji oraz wpływu dysfunkcji narządu ruchu i wynikających z niej zagrożeń zdrowotnych na bezpieczeństwo wykonywanych prac w gospodarstwie rolnym.

Od kilku lat moje zainteresowania naukowe zorientowane są również na sytuację zdrowotną osób zatrudnionych w rolnictwie, zwłaszcza w aspekcie zagrożeń wynikających z wykonywania czynności zawodowych i ich następstw oraz na działania profilaktyczne, ściśle związane z bezpieczeństwem i higieną pracy, będących wiodącymi elementami trwającego procesu higienizacji wsi współczesnej, co akcentowałam w monografii.

Wśród zagrożeń zdrowotnych związanych z pracą w gospodarstwie rolnym, ważne miejsce, obok zagrożeń fizycznych i biologicznych, zajmują zagrożenia chemiczne. Celem zwiększenia wydajności plonów z upraw roślinnych dość powszechnie używane są pestycydy i środki ochrony roślin, będące związkami fosforoorganicznymi. Niewłaściwie ich stosowanie, wynikające z nieprzestrzegania zasad bhp (m.in. brak ochron osobistych) może prowadzić do zatruc, których objawami często są m.in. drgawki i napady padaczkowe, odporne na terapię przeciwpadaczkową.

Padaczka, obok chorób sercowo-naczyniowych i nowotworów jest ważnym przedmiotem zainteresowania specjalistów zdrowia publicznego. Jest ona chorobą przewlekłą i bardzo często nieuleczalną, a chorzy na nią niejednokrotnie borykają się z negatywnymi reakcjami ze strony środowiska społecznego, zwłaszcza wiejskiego, stygmatyzacją, co w konsekwencji może prowadzić do ich marginalizacji i wykluczenia społecznego. W takich sytuacjach zdarza się, że szukają oni pomocy wśród znachorów i osób zajmujących się medycyną naturalną, komplementarnie albo alternatywnie wobec medycyny akademickiej. Medycyna ludowa w największym stopniu utrzymuje się na wsi, gdzie wielowiekowa tradycja sprzyja praktykowaniu jej metod oraz utrwalane jest przekonanie o skuteczności działania substancji pochodzenia naturalnego. W przypadku padaczki, za substancje roślinne hamujące napady padaczkowe u ludzi uważa się m.in.: konopie siewne lub indyjskie (*Cannabis sativa*, *Cannabis indica*), a szczególnie palenie ich liści lub żywicy i wdychanie dymu pozwala m.in. na hamowanie napadów padaczkowych. Badania doświadczalne wykazały, że dym powstały ze spalania tych roślin bogaty jest w substancje i związki aktywujące układ kannabinoidowy w mózgu ssaków, w tym i człowieka. Dzięki stymulacji receptorów kannabinoidowych można uzyskać kontrolę nad napadami padaczkowymi. Przed szerokim zastosowaniem kannabinoidów w terapii padaczki stoi legislacyjny zakaz uprawy tych roślin w Polsce. Jedynym rozwiązaniem pozwalającym jednoznacznie stwierdzić, czy rzeczywiście kannabinoidy odgrywają istotną rolę w hamowaniu napadów padaczkowych było przeprowadzenie badań doświadczalnych na zwierzętach (myszach), którym podawano agonistów receptorów kannabinoidowych (WIN55,212-2 i ACEA). W ten pośredni sposób można uzyskać informacje odnośnie skuteczności kannabinoidów w terapii padaczki.

W chwili obecnej istnieje ogromne zainteresowanie naukowców na świecie, w tym klinicystów, aspektami leczniczego zastosowania kannabinoidów w padaczce. Pomimo, zakazu używania kannabinoidów pochodzenia roślinnego (tj. substancji izolowanych

z konopii siewnych i indyjskich), jak i syntetycznego, w Polsce i na świecie, dostępne są informacje potwierdzające korzystne działanie ekstraktów z konopii w terapii padaczki lekoopornej. Ponadto, w chwili obecnej na świecie prowadzone są badania kliniczne III fazy mające na celu potwierdzenie terapeutycznych właściwości kannabinoidów (Epidiolex®) w terapii padaczki lekoopornej.

#### **b. Wykonywanie opracowań na zamówienie organów władzy publicznej**

Byłam kierownikiem dwóch opracowań zrealizowanych na rzecz: Ministerstwa Rolnictwa pt. „Bezpieczeństwo pracy w rolnictwie – przegląd dorobku i rekomendacje dla polityki w tym zakresie”(2008 r.) i Ministerstwa Zdrowia pt. „Badania profilaktyczne rolników indywidualnych” (2009 r.) oraz współwykonawcą opracowania przygotowanego na zamówienie Urzędu Marszałkowskiego w Lublinie pt. „Ocena stanu zdrowia oraz określenie potrzeb zdrowotnych mieszkańców województwa lubelskiego na potrzeby opracowywania programów polityki zdrowotnej realizowanych przez Samorząd Województwa Lubelskiego w latach 2016-2021” (2015 r.) (załącznik 4, część III M).

#### **c. Realizacja projektów badawczych**

Po uzyskaniu stopnia doktora wzięłam udział w 11 projektach naukowych w ramach działalności statutowej IMW, z czego w 4 byłam/jestem kierownikiem i autorem. Ponadto byłam wykonawcą w 4 grantach finansowanych przez KBN/NCN (załącznik 4, część II - I).

#### **d. Konferencje**

Po uzyskaniu stopnia doktora przedstawiłam 33 prace na konferencjach naukowych, w tym 15 prac na konferencjach międzynarodowych i 18 prac na konferencjach krajowych (załącznik 4, część III B).

#### **e. Działalność dydaktyczna**

Od roku 1999 prowadzę ćwiczenia, konwersatoria, wykłady na studiach I i II stopnia na kierunku socjologia z: socjologii medycyny, socjologii ogólnej, demografii społecznej, polityki społecznej, socjologii płci i socjologii ciała.

W latach 1999-2005 oraz od 2007 r. i nadal prowadzę zajęcia dydaktyczne w Wyższej Szkole Przedsiębiorczości i Administracji w Lublinie, a w latach 2004-2007 w Uniwersytecie Marii Curie-Skłodowskiej w Lublinie.

Jestem promotorem 26 prac licencjackich i 7 prac magisterskich. Ponadto, jestem recenzentem prac na stopień licencjata i magistra socjologii (załącznik 4, część III J).

#### **f. Szkolenia i staże w zagranicznych ośrodkach naukowych/akademickich**

W 2009 r. (22-26.04) odbyłam szkolenie w norweskim ośrodku akademickim Diakonhejment University College w Oslo. Celem szkolenia było poznanie programu nauczania, form działalności edukacyjnej oraz sposobu finansowania wymienionej uczelni wyższej.

#### **g. Recenzowanie publikacji w czasopismach krajowych**

Jestem recenzentem artykułów w czasopismach: „Medycyna Ogólna i Nauki o Zdrowiu”, „Journal Pre-Clinical and Clinical Research” i Annales UMCS sectio I (Philosophy and Sociology) (załącznik 4, część III P).

#### **h. Członkostwo w towarzystwach naukowych oraz zespołach eksperckich**

Jestem członkiem Polskiego Towarzystwa Socjologicznego – Sekcja Socjologii Medycyny oraz Polskiego Towarzystwa Polityki Społecznej (od 2014 członek Komisji Rewizyjnej).

W latach 2007-2008 byłam członkiem Zespołu Ekspertów Zewnętrznych Narodowego Programu FORESIGHT 2020 (załącznik 4, część III N).

**i. Udział w komitetach redakcyjnych i radach naukowych czasopism**

Od 2015 r. jestem członkiem rady naukowej czasopisma „Health Problems of Civilization” (załącznik 4, część III G).

**j. Działalność organizacyjno-popularyzatorska**

W latach 2005-2014 pełniłam funkcję Koordynatora IMW w ramach Lubelskiego Festiwalu Nauki.

